

米沢市長あて

申請者

住所	〒		
氏名		対象者との続柄	
電話番号(日中連絡がつくもの)			

米沢市重粒子線がん治療費利子補給金承認申請書

下記のとおり重粒子線がん治療費利子補給金の承認を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 助成対象者(重粒子線治療を受けた者)

フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男・女	昭和 平成	年	月 日
住所	〒992- 米沢市				

2 助成対象治療

照射治療開始日	年 月 日	照射治療費支払日	年 月 日
---------	-------	----------	-------

3 利子補給金の対象となる借入金及び先進医療特約保険等

①借入金総額	円	
②米沢市重粒子線がん治療費助成金	円	
③先進医療特約保険等給付額	円	(保険会社名)
④対象借入額(①-②-③)	円	

4 借入金の内容

借入先金融機関名	銀行 本店 支店 出張所		
約定借入金	金	円	
約定年利率	% (保証料率を含む)		
償還方法	元利均等返済 ・ 元金均等返済		
第1回利子支払年月	令和	年	月
返済期間	令和	年	月 ~ 令和 年 月